

GYNECOLOGIE
Dossier Clinique n° 1

Une femme de 30 ans G2P2, consulte pour l'apparition récente d'une tumeur du quadrant supéroexterne du sein droit de 3cm de diamètre.

Elle est d'autant plus inquiète que sa mère est décédée à 45 ans d'une récurrence d'un cancer du sein gauche et que sa sœur de 33 ans est actuellement en cours de traitement pour un cancer du sein bilatéral.

1. Quels sont les signes que vous recherchez à l'examen clinique orientant vers un cancer du sein droit ?

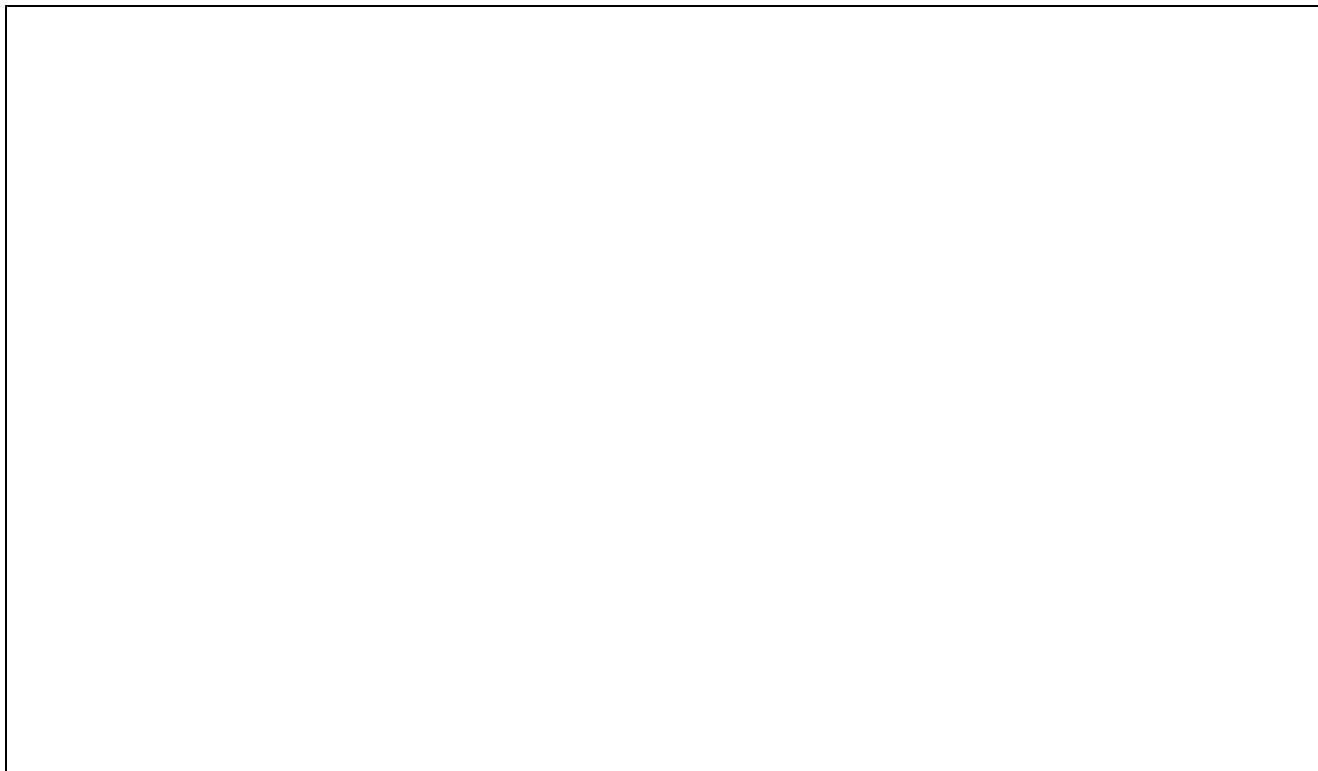
2. Quels sont les examens complémentaires qui vont vous permettre de suspecter et/ou d'affirmer le diagnostic ?

3. Il s'agit bien d'un carcinome canalaire infiltrant. Quel est le bilan complémentaire que vous effectuez et quelle est la conduite à tenir thérapeutique ?

4. Si vous effectuez un traitement complémentaire, de quoi s'agit-il et sur quels arguments ?

5. Pendant quelle durée, à quel rythme et comment effectuez-vous la surveillance de cette patiente ?
Quelle contraception prescrivez-vous ?

6. 10 ans plus tard, elle est hospitalisée d'urgence pour un syndrome occlusif.
L'imagerie que vous effectuez en urgence permet de retrouver une carcinose péritonéale massive avec deux ovaires de 10 cm hétérogènes contenant des végétations endo et exokystiques.
Diagnostic le plus probable et conduite à tenir diagnostique et thérapeutique.



GYNECOLOGIE

Dossier Clinique n° 2

Madame Emmanuelle B. âgée de 36 ans, 3^{ème} geste 2^{ème} pare, consulte pour des leucorrhées de moyenne abondance, blanchâtres avec prurit vulvaire et dyspareunie associés.

Elle vient de terminer son traitement antibiotique pour rhinopharyngite aiguë.

ATCD gyn-obst : PR = 13 ans

Cycles raccourcis, dysménorrhées secondaires invalidantes.

Ménorragies depuis 3 ans.

Date des dernières règles : 12 jours avant.

G3P2 : 2 accouchements normaux par voie basse, et une fausse couche spontanée avec curetage.

Absence de contraception.

ATCD Méd-chir : Néant

Examen clinique : abdomen sensible en fosse iliaque droite et hypogastre ; absence de défense abdominale.

Au spéculum : leucorrhées de type lait caillé, vulve inflammatoire, col antérieur.

Toucher vaginal : utérus rétroversé de volume normal, douleur du cul-de-sac vaginal postérieur.

Constantes : T° = 37,1°C, PA = 120/70 mm Hg, Pouls = 75/mn.

1. Quel diagnostic de pathologie aiguë rattachez-vous au motif de consultation ? Sur quels critères ?

2. Quels examens demandez-vous et modalités du traitement ?

3. A quel autre diagnostic de pathologie chronique pensez-vous devant ce tableau ? Sur quels arguments ?
Quels signes associés recherchez-vous ?

4. Quels examens complémentaires demandez-vous pour le diagnostic évoqué en question 3 ?

La patiente revient 6 mois après pour syndrome abdominal aigu avec douleurs pelviennes prédominantes en fosse iliaque droite. Elle est apyrétique, l'examen retrouve une défense de la fosse iliaque droite avec une masse latéro-utérine droite de 50 mm environ.

5. A quels diagnostics pensez-vous ?

6. Quelle conséquence gynécologique peut entraîner le type de pathologie évoqué en question 3 ?
Quelles conséquences générales peut entraîner la pathologie évoquée en question 3 ?

OBSTETRIQUE

Dossier Clinique n° 1

Mme A. , III^e geste, nullipare de 25 ans, d'origine antillaise est suivie en maternité depuis le 3^e mois de grossesse. Cette patiente mesure 1m60 et pesait 72 kg, avant la grossesse. Aucun antécédent médical, ni chirurgical, ni familial notable.

L'examen obstétrical du 3^e mois est en concordance avec le terme.

L'examen général est normal – TA 12/7.

L'échographie de 12 semaines montre une longueur cranio-caudale de 62 mm, une clarté nucale à 1,2 mm.

Les examens faits au 3^e mois sont :

Sérologie de toxoplasmose 240 unités en IgG, indice IgM à 8 (faible).

Sérologie de rubéole 1600 en IgG, pas d'IgM.

Numération globulaire : hémoglobine 10g. Volume globulaire moyen 72, Numération globulaire 4M200, Ferritine 8 µg.

1) Quelle conclusion tirez-vous des sérologies virale et parasitaire ?

2) Dans ce contexte, quelles étiologies recherchez-vous à ces anomalies hématologiques ?

La surveillance de la grossesse se poursuit sans complication.

Le test de dépistage de trisomie 21 à 16 semaines d'aménorrhée donne un risque de 1 sur 300, l'échographie morphologique de 22 semaines montre un bon développement fœtal sans malformation.

A 32 semaines d'aménorrhée, on constate une biométrie au 90^e percentile (diamètre bi-pariétal 87, diamètre abdominal transverse 86, fémur 66 mm). Placenta normalement inséré antérieur. Liquide amniotique très abondant.

3) Quel diagnostic évoquez-vous et quel examen prescrivez-vous ?

Elle entre en travail au terme de 38 semaines d'aménorrhée. L'examen initial montre une hauteur utérine de 35 cm, une présentation céphalique fixée, dos à droite.

Le liquide amniotique est peu abondant. L'examen du bassin paraît normal (promontoire non atteint, ligne innominée suivie au 2/3). Le col est court perméable à 1 doigt.

Après 10 h de travail, sous anesthésie péridurale, le col est dilaté à 6 cm.

4) Quels éléments pourraient vous faire suspecter une éventuelle disproportion foeto-pelvienne ?

- 5) Le liquide amniotique, initialement clair à la rupture de la poche des eaux devient franchement teinté. Une césarienne est finalement pratiquée avec naissance d'un enfant de 4,400 g. Comment interprétez-vous la modification de la couleur du liquide amniotique ?

- 6) Citez 2 risques possibles pour l'enfant du fait de la durée du travail et de la macrosomie fœtale. Comment les dépister ?

OBSTETRIQUE

Dossier Clinique n° 2

Mme B. âgée de 33 ans, a bénéficié d'une greffe rénale à l'âge de 20 ans, en raison d'une insuffisance rénale terminale, secondaire à un reflux urétéral bilatéral. Elle est bien équilibrée par un traitement immuno-suppresseur associant ciclosporine et corticoïde.

Elle n'a pas d'hypertension artérielle.

Elle a été transfusée à l'occasion de la transplantation rénale et a contracté alors une hépatite C.

Une première grossesse s'est déroulée à l'âge de 25 ans, avec naissance à 37 semaines d'un enfant hypotrophe de 2100 g.

L' examen complémentaire montre au terme de 13 semaines d'aménorrhée, un développement utérin en rapport avec le terme.

Tension 12-7. Echographie : longueur tête-fesses 68 mm, épaisseur nucale 1,5.

Les examens complémentaires montrent une sérologie de toxoplasmose faiblement positive et une recherche virale positive pour l'hépatite C en PCR.

Enfin, la créatinine est à 140 $\mu\text{mol/l}$, sans protéinurie.

1) Quels autres examens complémentaires pratiquez-vous lors de cette consultation en raison des antécédents ?

A 16 semaines d'aménorrhée, le test biologique de dépistage de trisomie montre un risque de 1 pour 100.

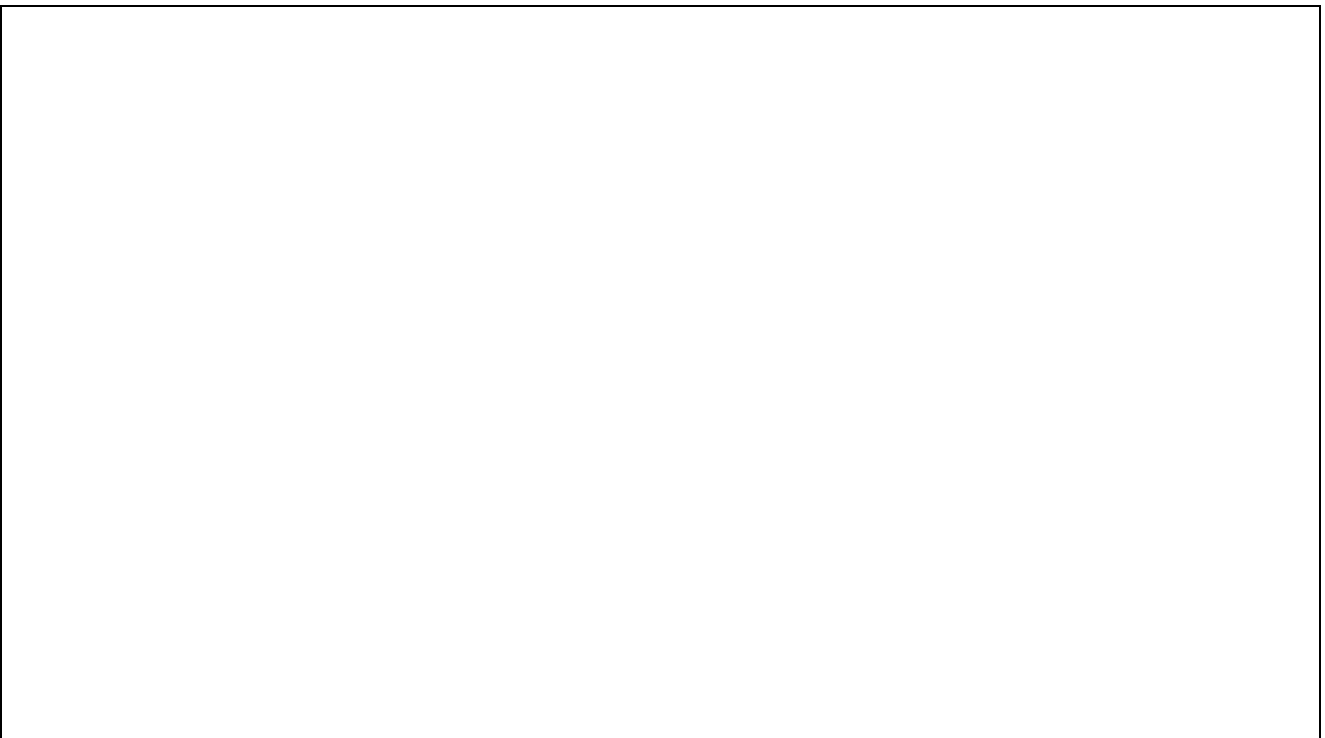
2) Quels seraient les risques d'une amniocentèse ?



La patiente est revue au terme de 22 semaines d'aménorrhée.

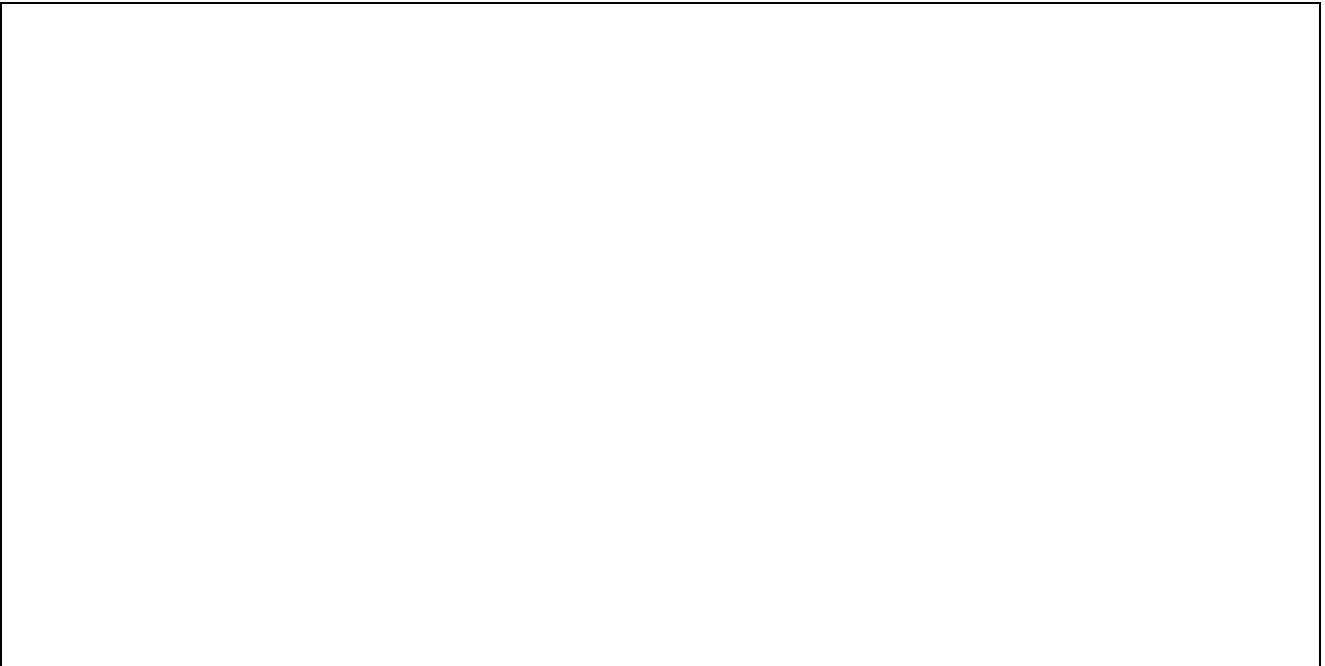
L'examen obstétrical est normal. La tension artérielle se maintient à 12-7. L'échographie morphologique ne montre aucune anomalie fœtale, la biométrie est au 50^e percentile.

3) Trois examens complémentaires sont pratiqués lors de cette consultation. Expliquez votre choix.



Mme B. est revue en consultation 4 et 8 semaines plus tard, puis à 32 semaines d'aménorrhée, une nouvelle échographie est pratiquée.

4) Sur quel point particulier, l'échographie peut être orientée ?



La patiente est revue à 35 semaines d'aménorrhée. On constate une hypertension artérielle à 15-9. La hauteur utérine est de 26 cm avec une présentation céphalique appliquée, un placenta antérieur normalement inséré. Enfin, une protéinurie à 1 g/24 h est décelée. La créatinine est à 145 $\mu\text{mol/l}$. La numération globulaire à 8 g d'hémoglobine et le VGM à 95 μ^3 . Mme B est hospitalisée.

5) Quel traitement spécifique pourrait être envisagé chez cette patiente, sachant qu'une césarienne est prévue au terme de 37 semaines d'aménorrhée ?

